

The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018(Iran)

Maryam Mahdavi¹^{*}, Gholam Reza Khairabadi¹

¹School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Background and Objectives: Postpartum depression is a mood disorder that weakens the relationship between couple and between mother and child and has negative effects on health, quality of life of the affected and family members. Depression in women is highly affected by social and demographic risk factors. The purpose of the present study was to investigate the congenital risk factors for postpartum depression in Natanz city.

Methods: The current study is a descriptive study in which 673 women who referred to Natanz health centers in 2018, were examined two weeks to two months after their delivery. The research tools were 2 questionnaires of standard Edinburgh and demographic information.

Results: The overall prevalence of depression in the study population was obtained to be 7.1%. Maternal illness and preterm birth and sex of baby, were among the factors associated with postpartum depression. The mother's age, education, occupation, wanted or unwanted pregnancy, type of baby feeding, the birth rate, type of delivery, mother's thyroid disease, and baby hospitalization, were not related to maternal depression.

Conclusion: Investigating the factors related to postpartum depression in this research will help the health team for better planning to manage this disorder, and to prevent the disorder, educational and supportive programs should be implemented during pregnancy and after delivery for the mother and those around her, and by timely referral of mothers at risk of postpartum depression, the complications of this disorder could be prevented to some extent.

Keywords: Depression; Parturition; Depression, Postpartum.

DOI: 10.29252/qums.14.2.78

***Corresponding Author:**
Maryam Mahdavi; School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email:
memimahdavy@yahoo.com

Received: 7 Apr, 2020
Accepted: 1 Jun, 2020

شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در شهرستان نطنز در سال ۱۳۹۷

مریم مهدوی^{۱*}، غلام رضا خیرآبادی^۱

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی است که سبب تضعیف رابطه والدین و مادر و کودک شده و تأثیرات منفی بر سلامت، کیفیت زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده دارد. افسردگی زنان تأثیرپذیری زیادی از عوامل خطر اجتماعی و جمعیت‌شناختی دارد. در این ارتباط، مطالعه حاضر با هدف دستیابی به عوامل خطر بومی افسردگی پس از زایمان در نطنز انجام شد.

روش بررسی: پژوهش توصیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ انجام شد. طی این پژوهش ۶۷۳ خانم مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان نطنز که دو هفته تا دو ماه از زایمان آن‌ها گذشته بود، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش دو پرسشنامه استاندارد Edinburgh و اطلاعات دموگرافیک بودند.

یافته‌ها: شیوع کلی افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ۷/۱ درصد بود. بیماری مادر، زایمان زودرس و جنسیت نوزاد از عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان می‌باشد. سن، تحصیلات و شغل مادر، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، نوع تغذیه نوزاد، رتبه زایمان، نوع زایمان، بیماری تیروئید مادر و بستری نوزاد رابطه‌ای با افسردگی مادران نداشت.

نتیجه‌گیری: بررسی عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در این پژوهش، تیم سلامت را در برنامه‌ریزی بهتر برای مدیریت این اختلال کمک می‌کند. برای پیشگیری از این اختلال می‌بایست برنامه‌های آموزشی و حمایتی طی بارداری و پس از زایمان برای مادر و اطرافیان اجرا شود و با ارجاع به موقع مادران در معرض خطر افسردگی پس از زایمان تا حدودی از عوارض این اختلال پیشگیری گردد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی؛ زایمان؛ افسردگی پس از زایمان.

^۱دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

مریم مهدوی؛ گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

memimahdavy@yahoo.com

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Mahdavi M, Khairabadi GhR. The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018(Iran). Qom Univ Med Sci J 2020;14(2):78-85. [Full Text in Persian]

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۲

افسردگی پس از زایمان با عوامل فرهنگی و اجتماعی ارتباط تنگاتنگ داشته و به همین دلیل شیوع آن در کشورها و نژادهای مختلف، متفاوت است (۱۱).

براساس پژوهشی که در تبریز انجام شد، ۳۴/۷ درصد از مادران افسردگی پس از زایمان داشتند که این افسردگی با نارضایتی از وضعیت شغلی و محل زندگی، ناخوشایند بودن تجربه بارداری، ناخواسته بودن بارداری، مشکلات شیردهی، میزان بالای استرس و کاهش اعتماد به نفس مادر ارتباط معناداری داشت (۱۲). مطالعات گسترده‌ای که در زمینه شناسایی ابعاد مختلف اختلالات روان‌پزشکی در مادران تازه زایمان کرده صورت گرفته‌اند، حاکی از آن هستند که افسردگی پس از زایمان بر تمام ابعاد مربوط به کیفیت زندگی مادر به شکل منفی و قابل توجهی تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی مشخص شد مادرانی که به افسردگی پس از زایمان مبتلا می‌شوند، در زمینه فعالیت‌های اجتماعی، عملکرد فردی، وظایف خانه‌داری و تربیت فرزند دچار اختلال می‌گردند (۱۳).

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت که یکی از دلایل تفاوت شیوع افسردگی پس از زایمان، مطالعات متفاوت در مناطق مختلف است. شاید بتوان گفت به منظور پیشگیری از این اختلال می‌بایست در عوامل اتیولوژیک آن مداخله کرد. این موضوع لزوم مطالعات متنوع منطقه‌ای در راستای کشف عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط با این اختلال و طراحی مداخلات مبتنی بر این یافته‌ها را در هر منطقه مطرح می‌کند. در این راستا، مطالعه حاضر به منظور شناخت عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان در شهرستان نطنز انجام شد.

روش بررسی

مطالعه توصیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ در ارتباط با تمام زنان تازه زایمان کرده شهرستان نطنز که تعداد آن‌ها ۶۷۳ نفر بود، صورت گرفت.

مادرانی که دو هفته تا دو ماه از زایمان آن‌ها گذشته بود وارد مطالعه شدند؛ اما

مادرانی که کمتر از دو هفته و یا بیشتر از دو ماه از زایمانشان گذشته بود و نیز مادرانی که سابقه بیماری افسردگی و سابقه مصرف داروهای اعصاب و روان داشتند از فرایند مطالعه خارج شدند.

افسردگی یکی از اختلالات شایع و مشکلات خاص دوران بارداری و پس از آن می‌باشد. در طول بارداری و زایمان تغییرات روان‌شناختی در زنان رخ می‌دهد که آن‌ها را نسبت به محرک‌های روانی بسیار حساس ساخته و گاهی سبب بروز مشکلاتی در آن‌ها می‌گردد (۱). این اختلال با علائم خلق افسرده، تحریک‌پذیری، احساس عدم لذت از زندگی، بی‌خوابی، سرگیجه، علائم جسمانی و روان‌پریشی، احساس منفی نسبت به شیرخوار، عدم توانایی در مراقبت از وی و وجود افکار خودکشی مشخص می‌شود (۲،۳). سازمان جهانی بهداشت برآورد نموده است که این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد (۴). ماه‌های پس از زایمان دوره‌ای با بیشترین میزان آسیب‌پذیری جسمانی و عاطفی در طول عمر یک زن محسوب می‌شود (۵).

نیمی از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تشخیص داده نشده و کمک درمانی دریافت نمی‌کنند. افسردگی تشخیص داده نشده در این دوران منجر به پیشرفت افسردگی مزمن و موارد شدیدتر آن منجر به خودکشی می‌شود. افسردگی به طور شایع حالت راجعه دارد (۶).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در کانادا ۲۰ درصد (۷) و در کشورهای آسیایی بین ۳/۳-۳/۵ درصد گزارش شده است که بیشترین میزان آن در پاکستان و کمترین آن در مالزی بود (۸). در ایران کمترین شیوع افسردگی (۱۶ درصد) مربوط به شهر اردبیل بوده و بیشترین آن (۴۳ درصد) مربوط به تهران می‌باشد. به طور کلی شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران ۲۸/۷ درصد گزارش شده است (۹).

در این راستا در مطالعه خوشه‌مهری و همکاران، ۳۰ درصد از زنان دارای درجات مختلف افسردگی پس از زایمان بودند و بین افسردگی پس از زایمان، رتبه بالای زایمان و بارداری ناخواسته رابطه معناداری وجود داشت. بر مبنای نتایج افسردگی پس از زایمان با میزان تحصیلات، اشتغال مادر، سن، نوع زایمان اخیر، جنسیت نوزاد و سابقه ابتلا به افسردگی ارتباط معناداری به دست نیامد (۱۰).

نمره‌ای که از آزمون ادینبورگ به دست می‌آید، حداقل ۰ و حداکثر ۳۰ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر افسردگی می‌باشد. در این پژوهش نقطه برش ۱۲ تعیین شده است.

شیوه جمع‌آوری اطلاعات: تکمیل پرسشنامه در افراد باسواد توسط خود آن‌ها و در افراد بیسواد توسط پرسشگر از طریق پرسش و پاسخ انجام شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزار SPSS، کدگذاری صورت گرفت و برای تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو استفاده شد. در این مطالعه افسردگی پس از زایمان به عنوان متغیر وابسته، سابقه بیماری تیروئید و بیماری‌های طبی مادر به عنوان متغیر زمینه‌ای و سایر متغیرها به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۷۳ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان نطنز که دو هفته تا دو ماه از زایمان آن‌ها گذشته بود، شرکت نمودند. شیوع کلی افسردگی پس از زایمان در این مطالعه ۷/۱ درصد بود. در جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد جمعیت بر حسب متغیرهای مورد مطالعه نشان داده شده است.

ملاحظات اخلاقی: تکمیل پرسشنامه توسط مراجعه‌کنندگان کاملاً اختیاری بود و عدم پاسخگویی آن‌ها تأثیری بر مراقبت آن‌ها نداشت. شایان ذکر است که نتایج مطالعه به صورت محرمانه فقط در اختیار مجریان طرح قرار گرفت و بدون اسم و با کد مخصوص ثبت و جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه ۱۲ سؤال دموگرافیک و مامایی و نیز پرسشنامه ۱۰ سؤال استاندارد ادینبورگ (Edinburg) استفاده شد.

در مطالعه منتظری و همکاران در ارتباط با ۱۰۰ زن ایرانی که در دوران ۶۸ و ۱۴-۱۲ هفتگی پس از زایمان قرار داشتند، به ترتیب ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ادینبورگ معادل ۷۷ و ۸۶ درصد در دو دوره متوالی و ضریب پایایی آن برابر با ۸۰ درصد به دست آمد (۱۴).

از سوی دیگر مطابق با مطالعات جامعی که در شهرستان اصفهان انجام شد، آلفای کرونباخ پرسشنامه ادینبورگ ۰/۷۶-۰/۷۹، اعتبار ۰/۷۹، نقطه برش ۱۲ با حساسیت ۷۸ درصد و ویژگی ۷۵ درصد گزارش شد (۱۵).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصد جمعیت بر حسب متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	مقیاس متغیرها	فراوانی	درصد فراوانی
سن مادر	۱۵-۲۵	۱۹۵	۲۹
	۲۵-۳۵	۳۷۴	۵۵/۶
	۳۵-۴۵	۱۰۴	۱۵/۴
تحصیلات	بی‌سواد	۱۰	۱/۵
	ابتدایی	۶۸	۱۰/۱
	سیکل	۸۷	۱۲/۹
	دیپلم	۲۶۷	۳۹/۷
	فوق دیپلم و بالاتر	۲۴۱	۳۵/۸
اشتغال	خانه‌دار	۶۰۲	۸۹/۵
	کارمند	۵۲	۷/۷
	آزاد	۱۹	۲/۸
خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی	خواسته	۴۹۱	۷۳
	ناخواسته	۱۸۲	۲۷
نوع زایمان	طبیعی	۲۵۴	۳۷/۷
	سزارین	۴۱۹	۶۲/۳
	دارد	۶۶۵	۹۸/۸
رضایت از جنسیت نوزاد	ندارد	۸	۱/۲
	شیر مادر	۴۲۲	۶۲/۷
	شیر خشک	۳۶	۵/۳
تغذیه نوزاد	هر دو	۲۱۵	۳۱/۹

۹/۸	۶۶	دارد	زایمان زودرس
۹۰/۲	۶۰۷	ندارد	
۱۶	۱۰۸	دارد	بستری نوزاد
۸۴	۵۶۵	ندارد	
۱۶	۱۰۸	دارد	بیماری مادر
۸۴	۵۶۵	ندارد	

ارتباط متغیرهای کمی و کیفی با افسردگی پس از زایمان در جداول ۲ و ۳ مشخص شده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان بر حسب متغیرهای کمی مورد مطالعه

نوع متغیر مورد مطالعه	وضعیت ابتلا به افسردگی	غیر افسرده	افسرده	آزمون
	۱۵-۲۵	۱۸۵ (۹۴/۹)	۱۰ (۵/۱)	Kolmogorov-Smirnov
سن مادر	۲۵-۳۵	۳۴۳ (۹۱/۷)	۳۱ (۸/۳)	۰/۰۲
	۳۵-۴۵	۹۷ (۹۳/۳)	۷ (۶/۷)	
تحصیلات	بی سواد	۹ (۹۰)	۱ (۱۰)	
	ابتدایی	۶۵ (۹۵/۶)	۳ (۴/۴)	
	سیکل	۸۱ (۹۳/۱)	۶ (۶/۹)	-
	دیپلم	۲۴۳ (۹۱)	۲۴ (۹)	
	فوق دیپلم و بالاتر	۲۲۷ (۹۴/۲)	۱۴ (۵/۸)	
	اول	۲۵۷ (۹۴/۴)	۱۵ (۵/۶)	
	دوم	۲۶۸ (۹۲/۱)	۲۳ (۷/۹)	
رتبه زایمان	سوم/چهارم	۸۴ (۹۰/۳)	۹ (۹/۷)	-
	بالاتر	۱۸ (۹۴/۷)	۱ (۵/۳)	

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان بر حسب متغیرهای کیفی مورد مطالعه

نوع متغیر مورد مطالعه	وضعیت ابتلا به افسردگی	غیر افسرده	افسرده	آزمون کی دو
	خانه‌دار	۵۵۹ (۹۲/۹)	۴۳ (۷/۱)	
وضعیت اشتغال	کارمند	۴۸ (۹۲/۳)	۴ (۷/۷)	۰/۹۳
	آزاد	۱۸ (۹۴/۷)	۱ (۵/۳)	
	خواسته یا ناخواسته بودن	۴۵۷ (۹۳/۱)	۳۴ (۶/۹)	
حاملگی	ناخواسته	۱۶۸ (۹۲/۳)	۱۴ (۷/۷)	۰/۷۳
	طبیعی	۲۳۵ (۹۲/۵)	۱۹ (۷/۵)	
نوع زایمان	سزارین	۳۹ (۹۳/۱)	۲۹ (۶/۹)	۰/۷۸
	رضایت از جنس نوزاد	۶۱۹ (۹۳/۱)	۴۶ (۹/۶)	
تغذیه نوزاد	ندارد	۶ (۷۵)	۲ (۲۵)	۰/۰۴
	شیر مادر	۳۹۶ (۹۳/۸)	۲۶ (۶/۲)	
زایمان زودرس	شیر خشک	۳۳ (۹۱/۷)	۳ (۸/۳)	۰/۴۴
	هر دو	۱۹۶ (۹۱/۲)	۱۹ (۸/۸)	
	دارد	۵۷ (۸۶/۴)	۹ (۱۳/۶)	
بیماری تیروئید	ندارد	۵۸۸ (۹۳/۶)	۳۹ (۶/۴)	۰/۰۳
	دارد	۱۶۷ (۹۴/۴)	۱۰ (۵/۶)	
بیماری مادر	ندارد	۴۵۸ (۹۲/۳)	۳۸ (۷/۷)	۰/۳۷
	دارد	۶۳ (۹۰)	۷ (۱۰)	
بستری نوزاد	ندارد	۵۶۲ (۹۳/۲)	۴۱ (۶/۸)	۰/۰۰۹
	دارد	۱۰۲ (۹۴/۴)	۶ (۵/۶)	
	ندارد	۵۲۳ (۹۲/۶)	۴۲ (۷/۴)	۰/۴۸

حضور فعال مادران باردار در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در منطقه نطنز می‌تواند تا حدودی بر کاهش استرس و در نتیجه کاهش افسردگی پس از زایمان مادران اثرگذار باشد.

۶۲ درصد از زایمان‌ها در این مطالعه سزارین بودند و از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی (۳۹/۶ درصد) مربوط به افراد با مدرک دیپلم بود. به لحاظ اشتغال نیز بیشتر مادران (۸۹/۴ درصد) خانه‌دار بودند. شایان ذکر است که ۲۷ درصد از بارداری‌ها در این مطالعه ناخواسته بود. در این راستا در مطالعه‌ای که در تهران انجام شد، بین افسردگی پس از زایمان، رتبه بالای زایمان و بارداری ناخواسته ارتباط معناداری وجود داشت؛ اما بین افسردگی پس از زایمان، تحصیلات، اشتغال زن، سن، نوع زایمان و جنسیت نوزاد رابطه معناداری مشاهده نگردید (۱۰).

از سوی دیگر، در پژوهش صحتی و همکاران بین تغذیه با شیر خشک با افسردگی پس از زایمان رابطه‌ای گزارش نگردید (۱۲)؛ اما در مطالعه هادی‌زاده و همکاران بین نوع زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه وجود داشت (۱۶). مطالعات نشان می‌دهند والدینی که نوزادشان در واحد مراقبت ویژه نوزادان بستری شده است، افسردگی، جدایی و استرس را تجربه می‌کنند (۱۷).

در پژوهش حاضر افسردگی پس از زایمان با سن، تحصیلات، شغل، رتبه زایمان، نوع زایمان، نوع تغذیه نوزاد، بستری شدن نوزاد و خواسته و ناخواسته بودن بارداری رابطه معناداری نداشت. در برخی از مطالعات نشان داده شده است که ۷۷ درصد از مادران دارای علائم واضح ترومای روانی حتی تا یک ماه پس از تولد نوزاد نارس و ۴۹ درصد دارای این علائم تا یک سال پس از آن بودند (۱۸). بر مبنای نتایج بین شدت اضطراب موقعیتی و متغیرهای زمینه‌ای همچون وزن نوزاد و سن حاملگی ارتباط معناداری وجود نداشت (۱۹).

در پژوهش Bondar و همکاران در رابطه با عوامل بیولوژیک، آنمی در ایجاد افسردگی مورد توجه قرار گرفت (۲۰). همچنین در مطالعه QIU و همکاران (۲۰۰۷) افسردگی و پره‌اکلامپسی با یکدیگر در ارتباط بودند و در زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی، شیوع افسردگی ۱۱/۵ درصد و در گروه با فشار خون نرمال ۵/۳ درصد بود (۲۱). گزارش گردیده است که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در بیماران دیابتی می‌باشد (۲۲).

بر مبنای نتایج، ۱۰/۴ درصد (۷۰ نفر) از مادران مورد مطالعه دچار بیماری بودند که دیابت، فشار خون و آنمی از شایع‌ترین آن‌ها بود. در این مطالعه افسردگی پس از زایمان با متغیرهای سن، اشتغال، تحصیلات، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، نوع زایمان، تغذیه نوزاد، رتبه زایمان، بیماری تیروئید مادر و بستری نوزاد ارتباط معناداری نداشت؛ اما ارتباط آن با عدم رضایت از جنسیت نوزاد، زایمان زودرس و بیماری مادر معنادار بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین توزیع فراوانی افسردگی پس از زایمان در ۶۷۳ نفر از مادران تازه زایمان کرده که دو هفته تا دو ماه از زایمان آن‌ها گذشته بود، انجام شد.

درصد شیوع کلی افسردگی پس از زایمان در این مطالعه ۷/۱ درصد بود که این میزان از میانگین شیوع کلی افسردگی پس از زایمان در برخی از مطالعات گذشته کمتر است که می‌تواند به دلیل زمان ارزیابی باشد. در این راستا در مطالعه‌ای که توسط خوشه مهری و همکاران در تهران انجام شد، زمان ارزیابی شش هفته تا یک سال پس از زایمان بود (۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که در تبریز صورت گرفت، ارزیابی افسردگی حداقل دو ماه پس از زایمان انجام شد (۱۲). باید خاطر نشان ساخت که در مطالعه حاضر زمان ارزیابی افسردگی دو هفته تا دو ماه پس از زایمان بود. طبق مطالعات انجام شده، عدم حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی رابطه معناداری با افسردگی پس از زایمان دارند (۹). این در حالی است که منطقه‌ای که مطالعه حاضر در آن انجام شده است، به دلیل بافت سنتی، روابط اجتماعی افراد و حمایت‌های روحی و جسمی اطرافیان از مادر و مراقبت از نوزاد در دو ماه اول پس از تولد می‌تواند از دلایل پایین بودن شیوع افسردگی در این منطقه باشد.

یکی از مهم‌ترین عوامل ابتلا به افسردگی پس از زایمان، سابقه اختلال افسردگی قبل از حاملگی است (۹). در پژوهش حاضر افرادی که سابقه افسردگی یا مصرف داروهای اعصاب و روان داشتند از مطالعه خارج شدند که این مهم می‌تواند نقش مؤثری در پایین بودن درصد شیوع افسردگی داشته باشد.

با وجود مطالعات متعددی که در جوامع مختلف در مورد افسردگی پس از زایمان انجام شده است، مدرک معتبری مبنی بر اینکه عامل دموگرافیک مشخصی در تمامی جوامع افراد را مستعد این بیماری می‌کند، موجود نمی‌باشد؛ از این رو تنها با یافته‌های دموگرافیک نمی‌توان پیش‌بینی نمود که کدام مادر مستعد ابتلا به افسردگی پس از زایمان خواهد بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با بهره‌گیری از ابزارهای سنجش متنوع، مصاحبه بالینی و گسترش طیف زمان سنجش به حداقل سه ماه پس از زایمان، نتایج دقیق‌تری به دست آید.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی افرادی که پژوهشگران را در راستای انجام این طرح پژوهشی یاری نمودند؛ به ویژه از همکاران ماما و بهورز شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان نطنز تشکر و قدردانی می‌گردد.

در این زمینه، در مطالعه‌ای ارتباط TSH و افسردگی معنادار بیان شده است (۲۳).

از سوی دیگر در پژوهشی که توسط بحرینیان و همکاران انجام شد، رابطه معناداری بین TSH و شدت اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله مشاهده نگردید (۲۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش کم‌سواد و بی‌سواد زنان و قادر نبودن به تکمیل پرسشنامه (نیاز به کمک پرسشگر داشتند)، محدود بودن ابزار سنجش به یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی، عدم توانایی پرسشنامه در تفکیک افسردگی خفیف، متوسط و شدید و محدودیت زمانی دو هفته تا دو ماه پس از زایمان بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان دادند که بین افسردگی پس از زایمان و زایمان زودرس، بیماری مادر و عدم رضایت از جنسیت نوزاد رابطه معناداری وجود دارد؛ اما سن، تحصیلات، شغل مادر، خواسته و ناخواسته بودن بارداری، نوع تغذیه نوزاد، رتبه زایمان، نوع زایمان، بیماری تیروئید مادر و بستری نوزاد رابطه‌ای با افسردگی مادران نداشت.

References:

1. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Drita M, Khalifé S. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2014;35(3):84-91. PMID: 25123985
2. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J Affect Disord* 2016;198:142-7. PMID: 27016657
3. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34(5):389-401. PMID: 24952134
4. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. Link
5. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):522-6. PMID: 15695997
6. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010;117(5):540-50. PMID: 20121831
7. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289-95. PMID: 15234824
8. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009;46(10):1355-73. PMID: 19327773

9. Veisani Y, Sayehmiri K. Prevalence of postpartum depression in Iran-a systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012;15(14):21-9. [Full Text in Persian] Link
10. Khooshemehry G, Feizabady AS, Naserkhaki V. Prevalence of postpartum depression and the factors that decides in clinics in the North of Tehran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2011;19(1):59-69. Link
11. Wang SY, Jiang XY, Jan WC, Chen CH. A comparative study of postnatal depression and its ounseling in Taiwan and Mainland China. *Am J Obestet Gynecol* 2003;189(5):1407-12. PMID: 14634578
12. Ghojazadeh M, Mohamadrezaei Z. Study of relationship between some predisposing factors and postpartum depression. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008;8(1):54-61. [Full Text in Persian]Link
13. Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006;150(6):294-8. PMID: 16503019
14. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007;7:11. PMID: 17408479
15. Kheirabadi GR, Maracy MR, Akbaripour S, Masaeli N. Psychometric properties and diagnostic accuracy of the Edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women. *Iran J Med Sci* 2012;37(1):32-8. PMID: 23115428
16. Hadizadeh F, Bahri N, Tavakolizadeh J. Postpartum depression after vaginal delivery and emergency cesarean section (CS) in primigravida women. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2005;8(4):e81504. [Full Text in Persian] Link
17. Bastani F, Ali AT, Haghani H. The effectiveness of participatory care program in neonatal intensive care unit on state anxiety of mothers of preterm newborns. *J Babol Univ Med Sci* 2012;14(3):59-65. [Full Text in Persian] Link
18. Karami K, Rostami S, Ghadirian F. Effect of educational- supportive interventions onprematue infants' lentgh of hospitalization and maternal stress. *Yafteh* 2009;11(2):67-73. [Full Text in Persian] Link
19. Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Koopman C. Acute stress disorderamong parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics* 2006;47(3):206-12. PMID: 16684937
20. Bodnar LM, Cogswell ME, McDonald T. Have we forgotten the significance of postpartum iron deficiency? *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(1):36-44. PMID: 16021056
21. Qiu C, Sanchez SE, Lam N, Garcia P, Williams MA. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia:results from a Peuvian case-control study. *BMC Womens Health* 2007;7(1):15. PMID: 17900360
22. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, et al. Effects of nortriptyline on depression and glycemc control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997;59(3):241-50. PMID: 9178335
23. Bathla M, Singh M, Relan P. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among patients with hypothyroidism. *Indian J Endocrinol Metab* 2016;20(4):468-74. PMID: 27366712
24. Moradi SE, Bahreinian AH, Azizi FE. The effects of l-thyroxine treatment on cognitive and psychiatric aspects of subclinical hypothyroidism: a randomized, double blind clinical trial. *Razi J Med Sci* 2005; 12(47):167-74. [Full Text in Persian]Link